



Region Nordjyllands ansøgning om midler til en styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade.

Projektbeskrivelse revideret 7. marts 2013

**Ansøgning om midler gennem Ministeriet for
Sundhed og Forebyggelses pulje til styrket
indsats for unge med erhvervet hjerneskade.**

Sundhed – Plan og Kvalitet

Planlægningskontoret

Niels Bohrs Vej 30

9220 Aalborg Ø

www.rn.dk

Læs mere om Region Nordjylland på www.rn.dk



REGION NORDJYLLAND

Ansøgning om puljemidler til En styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade.

Hermed fremsendes Region Nordjyllands ansøgning om puljemidler til En styrket indsats for unge med hjerneskade. Den samlede ansøgning omfatter:

- Ansøgning til puljen vedr. puljemidlerne til En styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade

Herunder:

- Revideret projektbeskrivelse
- Budgetskema
- Notat med Fælles mål og succeskriterier for regionale projekter til styrkelse af rehabilitering af unge med erhvervet hjerneskade

Indsatsen ift. unge med erhvervet hjerneskade involverer en række sundhedsaktører knyttet til både primær- og sekundærsektoren. Processen med at udarbejde ansøgningen har derfor krævet en omfattende koordinering med diverse samarbejdspartner ift. at udvikle og beskrive det ansøgte projekt.

Der vil fortsat være behov for at koordinere og afstemme den kommende indsats med involverede aktører herunder kommuner, almen praksis og Specialsektoren, ligesom projektet er så omfattende, at det fortsat kræver yderligere detailplanlægning.

Region Nordjylland har ansøgt om puljemidler svarende til den samlede økonomiske ramme, der er beskrevet for regionen i notatet Indkaldelse af ansøgninger til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses pulje til styrket indsats for unge med hjerneskade. Region Nordjylland har modtaget tilsagn om støtte til den fremsendte ansøgning den 20. december 2012 under forudsætning af, at der fremsendes en revideret projektbeskrivelse. I det følgende er det derfor primært projektbeskrivelsen, der er foretaget ændringer i.

Region Nordjylland har således i projektbeskrivelsen søgt at uddybe de punkter, som ministeriet har fremhævet:

- Hvordan regionen vil sikre rådgivning af almen praksis og kommunerne, herunder genoptræningscentre, uddannelsesinstitutioner, jobcentre m.fl. samt af de enkelte unge og deres familier i forhold til den unges fremtidige muligheder.
- Hvordan regionen vil samarbejde med regionens kommuner, VISO og almen praksis, herunder sikre mulighed for supervision.
- Hvordan projektet sikres bæredygtighed, også efter projektperiodens ophør.
- Hvordan ansøgerne i fællesskab (alle regioner) vil sikre, at monitoreringen på tværs af projekterne sker efter samme principper, således at der kan ske en fælles evaluering.

Region Nordjylland har ligeledes medsendt et budgetskema, som er afstemt det samlede støttebeløb for 2012-2015.

Eventuelle spørgsmål til Region Nordjyllands ansøgningsmateriale og revideret projektbeskrivelse kan rettes til kontorchef Mikkel Grimmeshave på e-mail migr@rn.dk eller telefon 97 64 84 13.

Specialiseret, tværdisciplinær, ambulant opfølgning og udredning for unge med erhvervet hjerneskode

Region Nordjyllands ansøgning om midler til en styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskode.

Indhold

Ansøgning om puljemidler til En styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade.	4
Indledning	8
Neurorehabilitering i Region Nordjylland.....	9
Fase I Akut behandling.....	10
Fase II Rehabilitering under indlæggelse	11
Fase 3 Rehabilitering efter udskrivelse	11
Fase 4 Fotsat udviklende fase	11
Projektideen:	12
Revideret projektbeskrivelse.....	13

Indledning

Med henvisning til at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har indkaldt ansøgninger til puljer vedr. en styrket indsats til unge med erhvervet hjerneskade fremsendes hermed ansøgning fra Region Nordjylland.

Ansøgningen indledes med et afsnit, som beskriver neurorehabiliteringsindsatsen i Region Nordjylland. Indsatsen beskrives på baggrund af den faseinddeling af hjerneskade-rehabiliteringen, der er beskrevet i Forløbsprogrammerne for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. Afsnittet indeholder både beskrivelse af indsatsens indhold samt den organisatoriske og strukturelle opbygning af samarbejdet på tværs af aktører og sektorer.

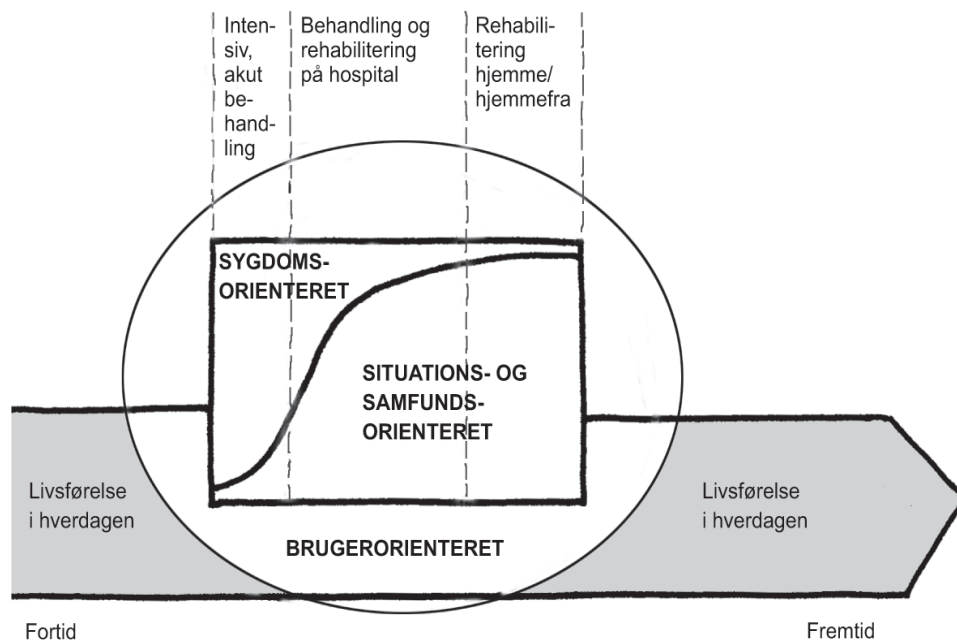
Dernæst følger en kort beskrivelse af projektet i ansøgningen. Ansøgningen bygger på en projektbeskrivelse, som hospitalerne og Sundhed – Plan og Kvalitet i Region Nordjylland har udarbejdet, med inddragelse af Speciaalsektoren. Detaljeret beskrivelse af projektet, herunder mål, indsatser og budget er vedlagt.

Det overordnede formål med ansøgningen er at igangsætte et initiativ, der understøtter af den samlede, tværsektorielle indsats, rettet mod unge med erhvervet hjerneskade styrkes, sådan at målgruppen sikres det mest hensigtsmæssige rehabiliteringsforløb. Formålet med ansøgningen er, at sikre målrettet og individualiseret rehabilitering til unge med erhvervet hjerneskade gennem ambulant, tværdisciplinær, specialiseret udredning og opfølgning, med en standardisering henvisningspraksis.

Det er således Regionens forventning, at initiativet kan føre til en transformation af indsatsen overfor den hjerneskadede unge patient, med øget sammenhæng i indsatsen på tværs af sektorgrænser, der rækker ud over 2015, herunder en ændret organisering, hvor dette er relevant.

Neurorehabilitering i Region Nordjylland

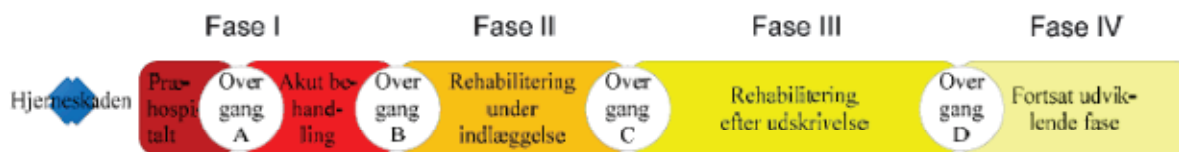
I nedenstående afsnit beskrives neurorehabiliteringsindsatsen i Region Nordjylland. Indsatserne i et rehabiliteringsforløb for personer med hjerneskade ser ud som nedenstående¹:



Indsatsen beskrives på baggrund af den faseinddeling af hjerneskaderehabiliteringen, der er karakteriseret i Forløbsprogrammerne for rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade (Sundhedsstyrelsen 2011). Afsnittet indeholder både beskrivelse af indsatsen indhold i akutte fase, rehabilitering under indlæggelse samt det rehabiliterende forløb efter udskrivelsen.

I ovennævnte forløbsprogrammer beskrives rehabiliteringsforløbet i fire faser, hvilket fremgår af nedenstående figur 1. Fase I er den akutte behandling, fase II rehabilitering under indlæggelse, fase III er rehabilitering efter udskrivelse, mens fase IV er den stabile vedligeholdende fase. Sygehusvæsenet, almen praksis og kommuner har opgaver i alle faser, dog i varierende grad. Således har sygehuset flest opgaver i fase I og II, mens kommunen og almen praksis har flest opgaver i fase III (og IV). Forløbsprogrammet slutter ved overgangen fra fase III til IV.

¹ Borg T. Livsførelse i hverdagen under rehabilitering. Et socialpsykologisk studie. Sundhed, Menneske og Kultur- Skriftserie fra Aarhus Universitet. 2. oplag. December 2003



Figur 1 Faseinddeling af hjerneskaderehabilitering

I forløbsprogrammet beskrives, at den enkelte person med erhvervet hjerneskade ikke nødvendigvis gennemgår faserne i kronologisk rækkefølge. Således vil nogle blive udskrevet direkte fra den akutte behandling på sygehuset til efterfølgende rehabilitering i kommunalt regi, og andre vil – efter udskrivelse fra sygehuset – have behov for genindlæggelse til yderligere udredning og rehabilitering.

Fase I Akut behandling

I fase I retter indsatsen sig mod akut udredning, behandling af den tilgrundliggende sygdom og begrænsning af forværring i tilstanden. Den akutte livreddende behandling er en forudsætning for det videre forløb. Desuden igangsættes den tidlige rehabiliteringsindsats så snart tilstanden tillader det.

I Region Nordjylland indlægges patienter med akut apopleksi på Aalborg Sygehus overvejende i neurologisk apopleksiafsnit, Aalborg Sygehus, og på akutte apopleksiafsnit Sygehus Vendsyssel, Hjørring, Sygehus Thy-Mors og Sygehus Himmerland, Hobro. Patienter med akutte traumatiske hjerneskader indlægges typisk på neurokirurgisk afdeling, Aalborg Sygehus. Disse patienter har ofte en længere akut indlæggelsesperiode og dermed behov for intensiv tidlig rehabilitering.

Også patienter, indlagt i "ikke neuro-relaterede afdelinger", kan have behov for udredning af eventuel hjerneskade. Det drejer sig eksempelvis om patienter med anoksisk hjerneskade efter hjertestop, indlagt på kardiologisk afdeling. Opsporing og udredning af patienter med hjerneskader på afdelinger uden neurofaglig kompetence bør foregå systematisk. Hvorfor der bør fokuseres på at skabe de nødvendige kompetencer på afdelinger uden neurofaglig ekspertise.

De akutte behandlingsformer forventes at udvikle sig yderligere i de kommende år. Akutbehandling er allerede i dag et højtspecialiseret behandlingstilbud, der kræver et vist patientvolumen for at sikre den lægelige kompetence.

De nye akutte behandlinger, på eksempelvis apopleksiområdet, har dokumenteret effekt målt på reduceret handicap, og vil derfor på sigt reducere de behandlede patienters behov for rehabilitering.

Den akutte behandling i fase 1 sigter mod at reducere hjerneskadens omfang mest muligt ved at stabilisere patienten cirkulatorisk og medicinsk i øvrigt, hurtigst muligt at afklare diagnosen og skadens omfang, samt iværksætte behandling for at reducere risiko for fornyet blodprop eller blødning.

Fase II Rehabilitering under indlæggelse

Fokus i overgangen til fase II er at sikre vurdering af patientens behov for og deraf følgende tilbud om rehabilitering.

Fase II er den hospitalsbaserede del af genoptræningsfasen hvor patientens rehabiliteringsforløb under indlæggelse omfatter intensiv tværfaglig, pleje, behandling/terapi, genoptræning og rådgivning.

Det rehabiliterings-/behandlingstilbuddet, der tilbydes skal svare til sygdommens kompleksitet. Dette for at sikre rehabiliteringstilbud, der matcher patientens funktionsevnetab og rehabiliteringsbehov.

For de moderat til svært skadede foregår fase II på specialiserede regionale enheder og for svært skadede på højt specialiserede landsdels enheder. Let til moderat skadede genoptrænes typisk på afdelinger, hvor den akutte udredning og behandling foregår på hovedfunktions niveau.

Som ved andre specialer defineres hjerneskaderehabilitering nu også ud fra tre specialiseringsniveauer. Forslag til mulig organisering er beskrevet i Plan for Sygehuse og Speciallægepraksis i Region Nordjylland 2012, der blev drøftet på Regionsrådsmøde d. 21. august 2012. Planlægning af neurorehabiliteringsområdet er dog stadig i udvikling i Region Nordjylland, med flere løbende processer.

Fase 3 Rehabilitering efter udskrivelse

Ikke færdigarbejdet.

Fase 4 Fotsat udviklende fase

Ikke færdigarbejdet.

Projektideen

Projektideen er opstået ud fra en faglig, evidensbaseret viden om at erhvervede hjerneskader er et meget komplekst sygdomsområde, hvor forløbene ikke er lineære.

Udredning og vurdering af rehabiliteringsbehovet for patienter med erhvervet hjerneskade bør ske så tidligt så muligt i forløbet, hvilket der kontinuert bør arbejdes for at sikre. Erfaringer fra den kliniske praksis viser dog også at patienter med erhvervet hjerneskade ofte udskrives med et på udskrivningstidspunktet usikkert eller ikke identificeret rehabiliteringsbehov.

Overordnet kan det forklares ved at patienter med erhvervet hjerneskade har så komplekse problemstillinger, at et eventuelt rehabiliteringsbehov ofte forandres eller først kan identificeres over tid.

Det er oftest først muligt at afdække hvilket rehabiliteringsbehov en person har, når patienten er tilbage i eget hjem og i forbindelse med erkendelsen af egen livssituation, da følger af hjerneskader først kan identificeres eller optræder sent i et forløb (senfølger). For at sikre en optimal udredning med henblik på et hensigtsmæssigt videre rehabiliteringsforløb, er der derfor behov for, at patienter følges ambulant i sygehusregi eller kan henvises til ambulant udredning ved mistanke om et muligt rehabiliteringsbehov.

Ideen understøttes i forløbsprogrammerne for personer med erhvervet hjerneskade, hvor det er beskrevet, at målgruppen ofte har så komplekse problemer, at der i en lang årrække vil være behov for revurderinger af deres rehabiliteringsbehov. Ligesom det er en generel forudsætning for hjerneskaderehabiliteringen at planlægningen af et rehabiliteringsforløb beror på en interdisciplinær, systematisk og individuel udredning af personens samlede funktionsevne.

Det anbefales konkret i forløbsprogrammet, at der i flere tilfælde vil være behov for ambulant opfølgning i sygehusregi, samt mulighed for at personer kan blive (gen)henvist til opfølgning og udredning gennem almen praksis. Muligheden for dette tilbud er særligt relevant for børn og unge. En sådan udredning og opfølgning skal ske gennem et interdisciplinært samarbejde. Det er en praksis, der i Region Nordjylland for nuværende ikke er erfaring med tilbyde relevante patienter systematisk.

Projektet vil blive forankret på Neurologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital i tæt samarbejde med Brønderslev Neurorehabiliteringscenter, Sygehus Vendsyssel.

Revideret projektbeskrivelse

Specialiseret og tværdisciplinær opfølgning og udredning til unge med hjerneskade

Formål og mål	<p>Formål: Region Nordjylland ønsker at sikre et målrettet og fleksibelt rehabiliteringsforløb for unge med erhvervet hjerneskade, sådan at de unge hurtigst og bedst muligt generhverver tabte funktioner. Det skal ske ved at sikre det bedst mulige planlægningsgrundlag af det rehabiliteringsforløb, den enkelte unge har brug for.</p> <p>Mål: De overordnede mål med projektet er:</p> <ol style="list-style-type: none">1. At regionen har et tværdisciplinært, ambulante udredningstilbud til unge med følger efter hjernesygdom og sygdomme, der giver hjerneskader, så de hurtigst muligt får deres rehabiliteringsbehov identificeret og koordineret. Planen skal omhandle hvordan tilpasning til dagligdag og uddannelses/arbejdsliv sikres i samarbejde med netværk og institutioner i andre sektorer.2. At unge med et overset eller med et senere opstået diagnostisk eller rehabiliteringsmæssigt udredningsbehov får adgang til fornyet vurdering af behov for genoptræningsplan eller anden form for støtte.3. At unge tilbydes adgang til fornyet udredning, når sygdommen indtræffer inden borgeren rammer voksenalderen.4. At der sikres de bedst mulige rammer for at sikre et sammenhængende, tværsektorielt forløb for den gruppe af unge, der lever med en hjerneskade, med særligt fokus på overgangen mellem fase II og fase III. <p>Projektets mål er at sikre en indsats, hvor personer i alderen 15-30 år, med enten konstateret hjerneskade eller mistanke om en sådan, tilbydes specialiseret og interdisciplinær ambulante opfølgning og udredning i sygehusregi, herunder udarbejdelse af eventuel (revideret) udvidet genoptræningsplan, med henblik på at den enkelte patient inden for projektet et hensigtsmæssigt og individualiseret rehabiliteringsforløb.</p> <p>Alle personer i alderen 15-30 år, der har været indlagt på sygehuset i forbindelse med en hjerneskade i projektperioden skal tilbydes ambulante opfølgning, ligesom det skal være muligt for almen praksis og kommunerne gennem almen praksis, at henvise</p>
----------------------	--

hjerneskade):

- Traumatisk hjerneskade
- Infektion i cns
- Tumor i hjernen
- Apopleksi
- Subarachnoidalblødning
- Sequelae efter indgreb eller behandling i hjernen

Målgruppen vil ofte være kendetegnet ved:

- De kan være udskrevet uden genoptræningsplan, idet patienten ved udskrivelsen er vurderet til ikke at have behov for genoptræning men hvor det efterfølgende viser sig der er kognitive vanskeligheder af et vist omfang.
- De er uden "synlige" fysiske følger
- Ofte mentale/kognitive defekter og ændret emotionalitet
- Kan have været kortvarigt indlæggelse
- At de ofte ikke har været indlagt på en afdeling med neurologiske kompetencer

Baggrunden for projektet er, at alle i målgruppen med en identificeret eller ikke identificeret hjerneskade kan tilbydes en vurdering . Derfor vil henvisningsmulighederne til projekttilbudet være brede, mens en visitation vil afgøre behovet for en udredning i regi af tilbuddet.

Målgruppen vurderes i en nordjysk kontekst at være relativt afgrænset. Udtræk fra det patientadministrative system for aldersgruppen 15-30 år, der er registret med en af de aktionsdiagnose, som målgruppen afgrænses til i forløbsprogrammerne, udgør cirka 60 personer per år. Altså estimeret 240 personer over projektperioden.

Hertil kommer en gruppe, der ikke har været i kontakt med en sygehusafdeling i forhold til hjerneskade, men hvor der opstår mistanke om hjerneskade som følge af senfølger knyttet hertil. Det er ikke muligt på forhånd at afgøre antallet i denne gruppe. Endeligt vurderes der, at kunne være en akkumulering af målgruppen i relation til personer med skader af en ældre dato, der aldersmæssigt stadig er mellem 15-30 år.

Henvisnings- praksis

Målgruppen bliver henvist til deltagelse i projektet.
Henvisningen kan ske som følgende:

1. Direkte henvisning fra udskrivende sygehusafdeling til opfølgning/kontrol ca. 1 mdr. efter udskrivelse (det gælder både patienter udskrevet efter fase 1 og fase 2)
2. Henvisning fra almen praksis ved mistanke om varige følger efter hjernepåvirkning, på baggrund af retningslinje for

	<p>henvisningspraksis til projektet ved mistanke om hjerneskadefølger. Der vil ved relevans tilbydes supervision til almen praksis i forhold til henvisningspraksis.</p>
<p>Visitation</p>	<p>Ved modtagelsen af henvisning vil der være en visitation i et fast visitationsteam, hvor det vurderes, hvilken indsats, der vil være relevant for patienten.</p> <p>Det faste visitationsteam vil være organiseret i regi af Neurologisk afdeling, Aalborg Sygehus., og bestå af medlemmer fra, det tværdisciplinære og specialiserede team, der varetager den ambulante opfølgning og udredning.</p> <p>Visitationsteamet udgøres af følgende faggrupper: speciallæge i neurologi eller – neurokirurgi, neuropsykolog og socialrådgiver.</p> <p>Visitationstemaet kan derudover lade sig supplere af andre fagpersoner såsom fysioterapeut, ergoterapeut og talepædagog. Der skal knyttes en tovholderfunktion til visitationsprocessen</p> <p>I forbindelse med den detaljerede planlægning af projektet vil timeantal for de involverede faggrupper blive bestemt. Disses normering vil løbende blive justeret efter behov, som der samles erfaring op i løbet af processen.</p> <p>Visitationen vil skulle omfatte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Modtagelse af henvisning 2) Indhentning af baggrundsoplysninger med henblik på at vurdere sygdomshistorik, comorbiditet 3) Godkendelse af sagen som tilhørende målgruppen for projektet v. læge/neuropsykolog 4) Tilsendelse af sagsakter til relevante deltagere på visitationsmøde 5) Drøftelse af sagen på visitationsmøde 6) Afklaring af relevant indsats: <ul style="list-style-type: none"> - henlæggelse - forsamtale med den ramte og pårørende - iværksættelse af undersøgelse(r) - opfølgning
<p>Udredende samtale (forsamtale)</p>	<p>I forbindelse med visitationsprocessen, kan det vurderes, at der er behov for en udredende samtale, forud for fastlæggelse af indsatsbehov.</p> <p>Baggrunden for at der vælges, at afholde en udredende samtale, er behovet for at klarlægge problemstillingens omfang og karakter, comorbiditet, kontekstuelle krav (dvs. familiesituation, arbejdsmæssige krav) eller fordi der er tvivl om nødvendigheden af en egentlig udredning.</p>

**Tværdisciplinært,
specialiseret team**

Til den udredende samtale vil den ramte og de pårørende blive indkaldt. Der stilles krav om deltagelse af pårørende idet de kognitive vanskeligheders karakter kan medføre underrapportering af symptomer.

Samtalen afholdes af neuropsykolog eller en af de øvrige fra visitationsteamet, der forud for mødet har indhentet relevante bidrag/opmærksomhedspunkter fra det samlede tværdisciplinære team.

På baggrund af forsamlingen tages stilling til videre indsats:

- Henlæggelse
- Iværksættelse af undersøgelser
- Iværksættelse af opfølgning

Socialrådgiver orienterer udpeget kommunal kontaktperson samt henvisende instans om resultat af den udredende samtale.

Efter visitation, og eventuel udredende samtale, vil det videre forløb i tilbuddet blive planlagt og udført af tværdisciplinært, specialiseret team, med de nødvendige neurofaglige kompetencer til at varetage indsatsen.

Teamet skal kunne varetage interdisciplinære og specialiserede indsatser (karakteriseret ved forløbsprogrammernes definitioner), hvilket også stiller krav til organiseringen omkring teamet.

En interdisciplinær indsats er defineret ved: en indsats som strækker sig over eller er baseret på flere forskellige faglige områder eller discipliner, og som forudsætter et tæt koordineret samarbejde mellem teamets medlemmer, hvorfor projektet må indeholde forslag til organisering, der sikrer tid til fælles drøftelse af bl.a. undersøgelsesresultater samt forslag til indsats.

En specialiseret indsats er kendetegnet ved at fagpersonerne har særlig specialiseret neurofaglig ekspertise, og fungerer i et tæt interdisciplinært samarbejde. Fagpersonerne modtager fast og hyppig supervision og deltager desuden ofte i udviklingsarbejde og forskning.

Det tværdisciplinære og specialiserede team vil som udgangspunkt skulle udgøres af følgende faggrupper: Læge med relevante neurofaglige kompetencer, neuropsykolog, socialrådgiver, fysioterapeut, ergoterapeut samt talepædagog. Med mulighed for fleksibel inddragelse af andre relevante, faglige kompetencer. Herudover skal teamet tildeles sekretærbistand.

De ansatte i teamet forventes at have erfaring fra både fase 1, fase

Undersøgelser/ udredning

2 og fase 3, jf. forløbsprogrammernes faseinddeling.

I forbindelse med den detaljerede planlægning af projektet vil timeantal mv. for de involverede faggrupper blive bestemt. Organisatoriske forhold omkring temet, herunder deres normering, vil løbende blive justeret efter behov, som der samles erfaring op i løbet af processen.

Teamet vil være forankret i Neurologisk Afdeling, Aalborg Sygehus, der har høj, faglig ekspertise vedrørende indsatsen overfor unge med hjerneskade.

Ved vurderet behov vil relevante undersøgelser/udredning blive i værksat.

Undersøgelsens/udredningens indhold vil afhænge af, hvilket behov, der er identificeret.

Der er i reglen behov for at undersøge:

1. Hvordan har hjerneskaden påvirket sansemæssige, motoriske og kognitive funktioner – med særlig opmærksomhed på afdækning af eksekutive funktioner.
2. Hvordan er den ramtes psykiske reaktion?
3. Hvordan påvirker skadesfølger og reaktion den ramtes tilpasningsevne, herunder hvordan er accept og indsigt niveau.
4. Den ramtes præmorbid funktionsniveau.
5. Hvordan kan symptomerne differentieres – hhv. skadesfølger og præmorbid vanskeligheder og karaktertræk?

Undersøgelses/udredningernes omfang og indhold bestemmes og planlægges af det tværdisciplinære, specialiserede team.

Udredning af funktionsevnen kan indeholde:

- Bevægelsesmæssige funktioner, herunder funktionel mobilitet
- Mentale funktioner – samt vurdering af disses betydning for den samlede rehabiliteringsindsats
- Sansefunktioner – herunder syn, hørelse, lugt, smag, berørings – og stillingssans, enkeltvis eller i kombination
- Ernæringstilstand
- Dysfagi
- Udførelse af alderssvarende daglige aktiviteter
- Udredning af angsttilstande, depression og evt. psykose
- Barnets/den unges funktionsevne og udvikling forud for den aktuelle sygdom/traume samt familiens ressourcer.

Ovenstående liste er udarbejdet i overensstemmelse med forløbsprogrammerne for rehabilitering af personer med erhvervet

	<p>hjerneskade</p> <p>Delindsatsen vedrørende udredning/undersøgelser har et dobbeltsigte i forhold til at kunne udvikle anbefalinger for tilrettelæggelsen af et rehabiliteringsforløb samt pædagogisk at tilvejebringe forståelse for skadesfølger for den ramte og dennes pårørende, hvilket kan give et acceptgrundlag for videre implementering af kompenserende strategier.</p>
<p>Udvidet genoptræningsplan</p>	<p>På baggrund af undersøgelser/udredning udarbejdes individuel udvidet genoptræningsplan ved identificeret behov.</p> <p>Planen indeholder anbefalinger for relevant rehabilitering. Enten henvisning til fase II genoptræning og opfølgning i sundhedsvæsenet eller en genoptræningsplan for videre almen eller specialiseret genoptræning med anvisning af indhold og muligheder inden for de regionale specialtilbud og/eller det primærkommunale system.</p> <p>Planen indeholder en beskrivelse af, hvordan forslaget kan evalueres for hensigtsmæssighed og effekt.</p>
<p>Overlevering til kommunalt niveau</p>	<p>Resultaterne af det ambulante opfølgings- og udredningsforløbet overleveres til kommunen.</p> <p>Dette skal i praksis ske som telefonisk overlevering, ved at <i>overleveringstovholder</i> fra det tværdisciplinære, specialiserede team tager kontakt til udvalgt kontaktperson i hjemkommunen. Den kommunale kontaktinstans kan med fordel være hjerneskadekoordinationsfunktionen.</p> <p>Desuden fremsendes udvidet genoptræningsplanen elektronisk til kommunen.</p> <p>Den kommunale kontaktperson er ansvarlig for koordinere internt i kommunen, så relevante sagsparter modtager oplysningerne.</p> <p>En eventuel opfølgning (jf. nedenfor) aftales enten på et tilbagemeldingsmøde eller direkte med kommunal kontaktperson</p>
<p>Efterforløb (opfølgning)</p>	<p>På baggrund af udredning i det specialiserede, tværdisciplinære team vil der i den enkelte patients videre forløb, hvor der tilknyttet en udvidet genoptræningsplan, være behov for, at der tilbydes opfølgning i forbindelse med selve overleveringen til kommunen.</p> <p>Denne opfølgning, relateret til overleveringen, er begrundet i behovet for at skabe et sammenhængende forløb, med blik for den samlede, videre indsats for patienten, der typisk sker på tværs af flere forvaltningsområder (sundhed, social, uddannelse og</p>

	<p>arbejdsmarked m.fl.)</p> <p>Opfølgning er rettet mod både den enkelte patient og dennes pårørende samt relevant aktør (jf. ovenfor) i dennes hjemkommune.</p> <p>Den kortvarige opfølgning skal bestå i:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rådgivning/psykoedukation til den ramte/pårørende om det videre forløb. 2. Vejledning til kommunale professionelle om det videre forløb, herunder behovet for vejledning til arbejdsplads og uddannelsesinstitution. <p>Der vil være brug for yderligere metodeudvikling i forhold til de rammer, der skal være for overlevering/opfølgning i forhold til den enkelte patient, tilknyttet projektet, En sådan metodeudvikling vil hensigtsmæssigt skulle drøftes i den styregruppe, der nedsættes for projektet. I denne styregruppe er planlagt, at der ligeledes indgår repræsentanter fra kommunerne, brugerorganisationer og almen praksis.</p>
<p>Genhenvisnings- mulighed</p>	<p>Der er ved ændring i den unges tilstand mulighed for at blive genhenvist til fornyet vurdering hos det tværdisciplinære, specialiseret team.</p>
<p>Rådgivnings- funktion</p>	<p>Genhenvisningen sker på baggrund af retningslinje herfor.</p> <p>Det er en væsentlig del af projektets formål at varetage en rådgivnings- og oplysningsfunktion for relevante faggrupper, der arbejder med patienter inden for projektets målgruppe. En del af ressourcerne i det interdisciplinære udredningsteam derfor anvendes i relation til disse.</p> <p>Indledningsvis vil der, i relation til at få opsporet de unge med behov for yderligere udredning i projektet, være behov for en informationsindsats om projektets eksistens og indhold set i sammenhæng med, hvilke alarmsymptomer, der kan være til stede hos de unge i målgruppen. Det er væsentligt, at denne information bliver udbredt til hele regionen, således at tilbuddet er kendt over hele regionen. Afklaring af indhold og form vil derfor ske i dialog med regionens sygehuse og kommunerne. Der vil blive udarbejdet skriftlig information om projektet til relevante samarbejdspartnere.</p> <p>I forhold til rådgivning om konkrete patienter/unge kan der være et rådgivningsbehov i forhold til afdelinger i sygehusregi, uden neurofaglig specialisering (f.eks. skadestuer, kardiologiske,</p>

<p>Metodeudvikling</p>	<p>infektionsmedicinske og onkologiske afdelinger) i forhold til om den unge kan have behov for et tilbud i projektets regi. Det kan også være behov i almen praksis regi for vejledning f.eks. i forhold til henvisning til projektet. Ligeledes kan der være rådgivningsbehov fra andre parter f.eks. kommunernes hjerneskadekoordinatorer til f.eks. udarbejdelse af kliniske vejledninger. Disse typer af rådgivning vil blive varetaget af det tværdisciplinære team og adgangen hertil vil blive struktureret og meldt ud, således at det opleves som nemt at komme i kontakt med teamet.</p> <p>I forhold til at kvalificere denne rådgivning vil det være en forudsætning, at det tværdisciplinære, specialiserede team søger sparring med relevante aktører på hjerneskadeområdet ved behov. Ved særligt komplicerede tilfælde, hvor der eksempelvis er betydelige komorbiditet, inddrages VISO.</p> <p>Et delmål i projektet er, at der gennem den løbende erfaringsopsamling kan metodeudvikles i forhold til, hvordan indsatsen for denne målgruppe kan forbedres. Det kan være i forhold til eksempelvis faglig og/eller organisatorisk udvikling.</p> <p>Der kunne forstilles forskellige områder; bedre arbejdsgange på tværs af sektorerne, digitaliserede tilbud/virtuelle mødefora for patienterne, gruppetilbud og sygdomslære og -forståelse mv.. Hertil kommer udvikling af informationsmateriale til almen praksis og kommuner i forhold til identifikation af målgruppen.</p>
<p>Organisering</p>	<p>Fremfor at opbygge en særskilt organisering omkring projektet med repræsentation fra de relevante parter i kommuner og andre interesserede, er projektets organisering søgt forankret i regi af Sundhedsaftalerne i Region Nordjylland. Sigtet hermed er at profitere af de relationer, der i forvejen eksisterer og dermed også øge muligheden for, at projektets ide i en given form kan leve videre efter projektperiodens ophør.</p> <p>Konkret er der i regionen nedsat to tværsektorielle koordineringsgrupper med henblik på implementering af de regionale sundhedsaftaler vedrørende henholdsvis børn og unge med medfødt og erhvervet hjerneskade og voksne med hjerneskade. I koordineringsgrupperne er både det sociale område og sundhedsområdet repræsenteret.</p> <p>Koordineringsgrupperne har til opgave at tage initiativer til at udvikle samarbejdet om hjerneskadeforløb jf. de nationale forløbsprogrammer. Da projektets formål i høj grad er sammenfaldende med anbefalinger i de nationale forløbsprogrammer findes denne sammenkobling hensigtsmæssig. Styregruppen tænkes derfor bl.a. at skulle bestå af repræsentanter</p>

	<p>fra de to koordineringsgrupper.</p> <p>Der er mulighed for at supplere styregruppen med andre relevante parter eksempelvis uddannelsesinstitutioner og brugerorganisationer.</p> <p>Til de mere driftsnære drøftelser og ideudviklingsarbejde tænkes nedsat en følgegruppe/projektgruppe. I følgegruppen indgår bl.a. projektlederen, repræsentanter fra relevante faggrupper fra sygehusene, kommunale repræsentanter og regionens administration. Deltagerkredsen kan udvides, hvis det findes formålstjeneligt.</p>
Succeskriterier	<ul style="list-style-type: none"> • 90 % af de patienter, som er en del af målgruppen for projektet, der har været indlagt på Region Nordjyllands sygehus som følge af hjerneskade, skal 1 mdr. efter deres udskrivelse have modtaget en indkaldelse til ambulante opfølgning ved det specialiserede, tværdisciplinære team. • 90 % af de patienter, der henvises til udredning gennem almen praksis, har været i kontakt med det specialiserede, tværdisciplinære team med henblik på ambulante udredning maks. 1 måned efter modtagelse af henvisningen • 90 % af målgruppen udtrykker "tilfredshed" med projektets indsats • 75 % af kommunerne oplever en forbedring af egne rehabiliteringsforløb, som følge af bistandsniveauet i projektindsatsen • Derudover tilslutter Region Nordjylland sig de fælles regionale mål og succeskriterier, som er vedlagt denne ansøgning.
Dokumenteringen af realiseringen af opstillede mål	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiske udtræk fra IT-systemer • Kvalitativ interviewundersøgelse af målgruppens vurdering af tilfredshed med indsatsen • Kvalitativ og kvantitativ måling af effekten af bistandsniveauet for kommunerne, efter nærmere aftale med disse
Målepunkter	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ vurdering af indsatsen gennem interview med målgruppen umiddelbart efter forløb i det specialiserede, tværdisciplinære opfølgings- og udredningsteam • Løbende træk fra LPR-registret, af Forløbsprogrammernes afgrænsede aktionsdiagnosegruppe i projektets aldersgruppe, sammenholdt med registrering af patientgruppen i projektet. Dette til vurdering af om den projektdefinerede målgruppe, med udvalgte diagnoser, der har været indlagt i Region Nordjylland, tilbydes et ambulante

	forløb efter indlæggelse.
Evaluering	Region Nordjylland bidrager velvilligt til midt- og slutevaluering af projektet.